

PRONOSTIC. — Il est très grave; la cécité, complète dans un temps plus ou moins éloigné, est toujours la suite de la kératite vasculaire profonde.

CAUSES. — Toutes celles de la choréïdite. Les ophthalmies répétées, les fréquentes congestions cérébro-oculaires, etc., etc., précèdent ordinairement la kératite vasculaire profonde.

TERMINAISONS. — Ulcération de la cornée, perforation; staphylôme d'abord sans adhérence avec l'iris, puis avec synéchie antérieure; amaurose, dégénérescence du globe, atrophie.

TRAITEMENT. — Il ne peut être que général; les collyres sont absolument contre-indiqués. Le crayon de nitrate d'argent devra surtout être éloigné par ce double motif, qu'il n'atteindrait point les vaisseaux à travers les tissus interposés, et que la réaction qu'il produirait pourrait être très fâcheuse en réveillant l'inflammation des autres membranes de l'œil. L'excision plus ou moins étendue de la muqueuse ne réussira pas mieux, parce que les vaisseaux principaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival. C'est à une médication antiphlogistique sage, appropriée à la constitution du sujet, aux applications de sangsues, aux purgatifs et plus tard aux révulsifs cutanés plus ou moins énergiques (vésicatoires, sétons, moxas), qu'on devra avoir recours.

C. — Kératite suppurative (1), ou abcès de la cornée (2).

Les abcès de la cornée sont un des résultats les plus fréquents de la kératite; ils constituent seuls très souvent le symptôme prin-

(1) La dénomination de *kératite suppurative* donnant une idée exacte de ce que nous avons voulu décrire, nous conserverons ce mot, faute d'une meilleure expression.

(2) M. Broca (*Mémoire sur les affections désignées sous les noms vicieux de capsulite et de kératite*, dans *Archives d'ophtalmologie*, t. II, p. 237), ayant paru nier la présence du pus dans les abcès de la cornée, j'ai dû rechercher la vérité. La note suivante éclaircit suffisamment cette question :

*Note sur la présence des globules de pus dans les abcès de la cornée,
par MM. Desmarres et Ch. Robin.*

L'absence de vaisseaux dans la cornée a fait mettre en doute la production de pus dans son épaisseur. La couleur blanchâtre du liquide pourrait, en effet, être due simplement à des granulations de nature azotée, ou à des granulations

de cette maladie. Ils varient de siège, non-seulement quant au point qu'ils occupent dans la surface de la membrane, mais encore quant à la profondeur à laquelle ils parviennent vers la chambre antérieure.

De là, les épanchements ou abcès *superficiels*, *moyens* ou *profonds*; trois divisions principales qui correspondent parfaitement aux kératites superficielles, interstitielles ou profondes que nous avons conservées.

Les abcès ont encore été divisés en *primitifs* et en *secondaires*, selon qu'ils se sont montrés dans la cornée à la suite d'une inflammation propre de cette membrane, ou, au contraire, après une ophthalmie qui aurait débuté par la conjonctive ou par toute autre partie de l'œil. On reconnaît aussi des abcès *aigus* ou *chroniques*, *chauds* ou *froids*.

Les abcès de la cornée ont une couleur et des formes toutes particulières; vers leur circonférence, ils sont en général d'un blanc tirant légèrement sur le bleu, et deviennent d'autant plus opaques qu'on se rapproche davantage de leur centre. Leur pourtour est nuageux et se fond en quelque sorte d'une manière insensible avec

graisseuses en suspension dans un liquide quelconque; on rencontre quelquefois dans des kystes, au centre de caillots fibrineux anciens, etc., des liquides puriformes, qui doivent leur couleur à des particules en suspension autres que les globules de pus.

Voici ce que l'observation apprend en ce qui touche les abcès de la cornée :

Première observation, n° 8935. — Madame Rosemaki, soixante-deux ans, cuisinière, rue de Fleurus, 23, est atteinte depuis bien des années d'une tumeur lacrymale double.

7 septembre 1854. — Il y a trois semaines, elle ressent des douleurs péri-orbitaires très vives, et bientôt une violente kératite se déclare dans son œil droit. Pendant deux semaines le mal augmente, mais depuis huit jours il devient moins vif.

La cornée présente à sa partie inférieure externe un large abcès dont le centre, perforé depuis hier, laisse voir une petite hernie de l'iris. Les lames kératiques sont infiltrées au loin d'une matière jaunâtre.

Le même jour, M. Desmarres ouvrit quelques-unes de ces lames, et en retira, à l'aide d'une petite aiguille à cataracte, deux petites gouttes. Le liquide est visqueux, plutôt de consistance muqueuse et tenace que diffusible comme le pus phlegmoneux. L'une des portions est examinée sans addition d'eau, l'autre après addition d'eau. L'une et l'autre présentent de nombreux globules sphériques, finement granuleux, un peu plus transparents et un peu plus réguliers dans la préparation faite avec addition d'eau que dans l'autre. Ces globules ont un diamètre qui varie de 11 à 13 millièmes de millimètre. Quelques-uns d'entre eux

la coloration normale de la cornée. Quelques-uns, surtout ceux qui contiennent beaucoup de pus, prennent une couleur jaune, en tout point semblable à celle du pus dans les autres parties du corps, et sont plus nettement limités que les autres.

D'autres, et ce ne sont pas les moins dangereux, contiennent une matière pultacée, caséuse, et sont généralement assez larges. Accompagnés d'une réaction assez faible, ils n'en perforent pas moins presque toujours la cornée.

Les abcès présentent en général très peu de variété dans leur forme, qui se rapproche presque toujours de la circulaire. Les uns, en effet, ont la forme d'un cercle entier; les autres, celle d'un demi-cercle ou d'un quart de cercle. Les premiers, ceux qui sont complètement circulaires, sont d'ordinaire très petits en surface, et toujours entourés d'une portion transparente. Les seconds sont assis sur la circonférence de la cornée, de telle sorte que si l'on

sont de la variété pyoïde, c'est-à-dire sans noyaux; mais les trois quarts environ présentent de un à trois noyaux, larges de 3 à 4 millièmes de millimètre. Sphériques ou un peu ovoïdes, à contours assez foncés, un peu irréguliers dans quelques-uns. En général, ces globules renferment moins de granulations, ou des granulations plus fines que dans le pus de la plupart des autres régions du corps, ce qui permet d'apercevoir facilement les noyaux. L'action de l'acide acétique est la même que sur les globules de pus phlegmoneux, il rend la masse du globule très pâle et met en évidence le ou les noyaux.

Deuxième observation, n° 9324. — M. Bontemps, cinquante-trois ans, cultivateur à Saint-Leu-Taverny.

Le 10 octobre dernier il a reçu de la terre dans l'œil gauche.

Le 13, il s'est présenté à la Clinique avec cette ulcération centrale de la cornée gauche; cette ulcération, large de 1 millimètre et demi, s'est ouverte en arrière, dans la chambre antérieure. Il y a un hypopyon faux et une légère iritis.

Le 20 octobre, M. Desmarres a recueilli la matière épanchée entre les lames de la cornée, au moyen d'une aiguille à cataracte, et l'a remise à M. Robin, qui l'a examinée séance tenante.

Le pus a été examiné dans ce cas-ci comme dans le premier. Il offre aussi la consistance demi-liquide, avec cette sorte de viscosité déjà notée dans le cas précédent. Les globules sont semblables en tous points à ceux qui viennent d'être décrits, si ce n'est que ceux de la variété pyoïde entrent dans la masse pour un tiers environ. Les globules de pus sont nombreux, réunis en amas plutôt que flottants, et comme emprisonnés en groupes de dimensions variables dans le sérum floconneux, visqueux, qui les tient en suspension. Ce sérum tient aussi en suspension de fines granulations moléculaires, grisâtres, solubles dans l'acide acétique, un peu plus abondantes ici que dans la première observation. A part ces particularités insignifiantes, décrire les globules observés dans ce cas serait vouloir répéter mot à mot la description qu'on vient de lire plus haut.

Remarques. — La viscosité, l'espèce de ténacité que nous a offerte le pus de

essayait de compléter par la pensée le cercle dont ils ne représentent qu'un segment, le centre en serait placé presque toujours assez loin sur la conjonctive scléroticale.

Quelques-uns prennent, comme dans l'ophthalmie purulente, la forme d'un grand anneau opaque, dont le diamètre serait dans tous les sens de 2 à 3 millimètres moins grand que celui de la membrane. En dehors et en dedans de cet anneau opaque, la cornée demeure transparente et saine pendant un temps en général fort court, après lequel elle tombe mortifiée dans une très grande étendue, et quelquefois même dans toute la surface comprise entre l'épanchement annulaire. Il n'est pas très rare qu'à la suite d'un épanchement de cette nature la cornée éclate, et, au moment où le médecin entr'ouvre les paupières pour examiner l'œil, soit lancée à quelque distance avec un certain bruit. Cette forme d'abcès n'est point, au reste, la seule qu'on observe dans l'ophthalmie purulente.

la cornée, s'observe dans le pus de toutes les parties de l'œil: dans celui de l'hypopyon, dans celui de l'abcès de l'iris, dans celui du corps vitré, même à la suite de choroidite. Dans les deux premières de ces régions, les globules de pus ne sont pas en suspension, à proprement parler, dans un sérum, mais dans une matière demi-solide, homogène, finement striée ou plissée, comme le mucus concret de l'intestin dans certains cas de constipation. Dans le pus de l'iris en particulier, il est assez commun de trouver cette matière amorphe très granuleuse, et assez consistante pour avoir été considérée à l'œil nu, par quelques chirurgiens, comme de nature différente de celle du pus.

La cornée se nourrit en empruntant les matériaux de sa nutrition aux tissus vasculaires qui l'entourent; or, comme le pus de ses abcès ne se produit qu'autant que ces tissus vasculaires qui entourent la cornée sont enflammés, on ne saurait dire, dans ce cas, que le pus se produit sans inflammation. C'est en effet à ces tissus vasculaires que la cornée emprunte aussi de proche en proche les matériaux à l'aide desquels naissent les productions morbides dont elle est le siège, matériaux nutritifs qui ne sont évidemment pas identiques avec l'état normal et lorsque ces tissus vasculaires sont eux-mêmes enflammés ou atteints d'autre lésion.

On sait, du reste, qu'il n'y a pas de globules de pus normalement à la surface des muqueuses, bronchique, buccale, nasale; c'est ce qu'on peut observer chez les jeunes enfants, chez les animaux domestiques bien portants; mais la moindre irritation physique ou chimique en amène la production, sans qu'on puisse dire qu'il y ait à proprement parler l'inflammation que l'on a considérée à tort comme absolument nécessaire à la production du pus. Toutefois, bien qu'il n'y ait pas inflammation, il y a certainement, dans ces cas-là, une modification dans la circulation des capillaires de ces muqueuses et dans la nature des matériaux qu'ils versent.

La division des abcès en *superficiels*, en *moyens* et en *profonds*, satisfaisant, quoique arbitraire, à certaines exigences importantes sous le point de vue du pronostic et du traitement, nous croyons devoir la conserver.

Abcès superficiels. — Ils se présentent comme les autres pendant la durée d'une ophthalmie aiguë ou chronique, et s'accompagnent d'une photophobie plus ou moins vive. Ils sont d'un blanc bleuâtre qui devient nuageux vers leur pourtour. Ils succèdent le plus ordinairement à une conjonctivite granuleuse, à une kératite vasculaire ou aux pustules qu'on voit apparaître si souvent sur la cornée, pendant la durée de certaines ophthalmies. L'abcès superficiel consécutif de l'ophthalmie granuleuse se montre vers la circonférence de la cornée; l'épanchement est placé d'ordinaire au centre, dans la kératite vasculaire qui atteint si souvent les sujets scrofuleux. Celui qui succède aux pustules apparaît le plus souvent vers la circonférence, mais il se distingue de l'abcès de l'ophthalmie granuleuse par son étendue, qui est infiniment moins grande.

Dans tout abcès superficiel, lorsqu'on examine la cornée obliquement, on reconnaît que les lamelles profondes et les médianes de cette membrane ont conservé toute leur transparence. On constate en même temps que la cornée présente une saillie externe légère, dans l'endroit correspondant à l'opacité.

Nous reviendrons plus loin sur l'état des autres membranes de l'œil, et sur celui de la vision.

Abcès moyens. — Ceux-ci apparaissent le plus souvent d'emblée pendant la durée de la kératite primitive; cependant il n'est pas rare de les observer dans la kératite secondaire.

Le plus communément les abcès moyens sont multiples, assez larges, franchement dessinés à leur circonférence, et d'un grisâtre tirant sur le jaune; pendant quelque temps isolés, ils ne tardent point à se réunir deux à deux ou en plus grand nombre.

Si les lamelles de la cornée, en avant et en arrière de l'épanchement, ont conservé une résistance suffisante, le tissu cellulaire qui les unit s'infiltré de pus, et la matière épanchée, comprimée, s'étend largement en surface, le plus ordinairement de haut en bas. Dans ce cas le centre de l'abcès descend peu à peu, jusqu'au moment où celui-ci, réuni à la partie inférieure de la cornée, ne présente plus qu'un segment de cercle. C'est là la variété d'abcès

qui constitue l'*onyx*, bien que plusieurs chirurgiens donnent ce nom à tout abcès placé sur la circonférence de la cornée, quel qu'en soit le siège, pourvu qu'il ait la forme que nous venons d'indiquer. Lorsque l'abcès descend ainsi et se fixe à la partie inférieure de la cornée, cette membrane s'éclaircit de plus en plus dans l'endroit correspondant au centre de l'opacité primitive. Lorsqu'on regarde la cornée obliquement, on reconnaît que sa surface externe et sa surface interne ont conservé leur forme normale.

Il serait presque inutile d'ajouter ici que, si la cornée présentait une résistance moins grande en avant ou en arrière de l'abcès, la matière épanchée se ferait jour au dehors ou dans la chambre antérieure, après avoir peu à peu détruit les deux lamelles cornéennes dans l'une ou l'autre de ces deux directions.

Abcès profonds. — Ils se distinguent très bien des deux variétés qui précèdent, et la plus légère attention suffit pour les faire reconnaître immédiatement. Beaucoup plus volumineux que les autres, ils occupent presque constamment la partie centrale inférieure de la cornée, qui, examinée obliquement, présente une saillie plus ou moins marquée dans sa surface concave. La matière contenue semble être d'une densité très grande; elle a au centre de la tache une couleur jaune très prononcée.

Ces abcès, de même que les moyens, se terminent assez rarement par un épanchement dans la chambre antérieure, et se font le plus ordinairement route au dehors; cela tient sans doute à cette circonstance, que la cornée présente d'arrière en avant une résistance beaucoup moins grande qu'en sens contraire, probablement parce qu'elle est soutenue en arrière par les milieux de l'œil et l'action des muscles, et surtout par sa disposition en forme de voûte.

COMPLICATIONS. — Dans ces trois variétés d'abcès, il peut exister, comme symptôme concomitant, une photophobie très aiguë. La maladie ne se borne pas le plus souvent à l'apparition du pus dans les lamelles; dans la majorité des cas, on voit en même temps des vaisseaux se rendre vers l'opacité: la conjonctive est vivement injectée, la sclérotique offre près de la cornée un anneau vasculaire rouge vif; l'iris a conservé sa couleur, mais il s'enflamme souvent, et l'on ne doit pas perdre de vue que des adhérences s'établissent souvent entre l'iris et la capsule dans la

plupart des kératites aiguës. La pupille est contractée, des larmes brûlantes s'échappent des paupières, qui sont gonflées; le malade accuse souvent une vive douleur. Tel est ordinairement le cortège de symptômes qui accompagne l'abcès, même superficiel, dans toutes les kératites.

La photophobie est moins vive dans les ophthalmies granuleuses, mais la collection purulente est beaucoup plus considérable. Cette observation s'applique encore bien mieux aux abcès qui se montrent pendant la conjonctivite purulente et aux abcès pultacés caséux dont nous avons parlé. L'étendue de l'abcès n'est donc que bien rarement en rapport avec la difficulté de supporter la lumière.

Lorsque, surtout chez les scrofuleux, la kératite affecte la forme primitive, l'abcès, presque toujours moyen, ne s'accompagne d'aucune réaction, du moins pendant longtemps. C'est une sorte d'abcès froid, dont les matériaux ne sont sécrétés qu'avec lenteur et ne se résorbent presque jamais complètement. Le contraire a souvent lieu dans les abcès aigus.

TERMINAISONS. — Les abcès se terminent de différentes manières :

La matière qu'ils contiennent disparaît par voie de résolution.

Elle se fait route en dehors ou en dedans.

Elle s'organise dans le lieu même où elle s'est formée.

Dans le premier cas, il ne reste aucune trace d'abcès; la maladie est guérie.

Dans le second, il y a un ulcère ou un hypopyon.

Dans le troisième, une opacité.

La tache de la cornée et l'ulcère devant être étudiés à part, nous ne nous en occuperons point ici; nous nous bornerons seulement à quelques mots sur la terminaison des abcès profonds.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces abcès le plus ordinairement se font route au dehors, au travers des lamelles médianes et des superficielles; cependant on constate quelquefois que la rupture s'est faite en dedans. Alors, la matière purulente passe peu à peu de l'abcès dans la chambre antérieure et vient y former hypopyon (*hypopyon faux*). L'abcès pourtant ne disparaît point en entier, surtout lorsque la rupture s'est faite à sa partie supérieure ou au moins à son milieu; ce n'est que peu à peu, et d'ordinaire très lentement, que le pus est entraîné par la résorp-

tion, à moins qu'on ne l'oblige à sortir en faisant coucher le malade de manière à donner à la tête une position déclive.

Comment se fait-il que la rupture en dedans des lamelles internes et médianes ne soit jamais suivie d'une cicatrisation avec opacité, tandis que le contraire a lieu lorsque le pus se fait route au dehors?

Serait-ce par suite de l'action incessante de l'humeur aqueuse sur la matière épanchée et sur l'ulcération même?

La réunion se ferait-elle donc sans opacité, comme dans certaines plaies ou dans certains ulcères superficiels de la cornée? En soumettant les épanchements ulcérés en dehors à l'action souvent répétée du jet très fin d'une seringue d'Anel, au moment où une matière très opaque et très abondante baigne toute leur surface, ne pourrait-on pas obtenir une cicatrisation plus transparente?

C'est un point de thérapeutique oculaire très intéressant et encore mal étudié. Dans plusieurs cas de cette espèce où nous avons employé les injections au moment même de la formation de la cicatrice, ce moyen a été suivi de très heureux résultats, et un des malades traités ainsi voit aujourd'hui assez bien pour distinguer les aiguilles d'une montre à la distance d'environ dix centimètres. Ce moyen a été conseillé, il y a quelques années, par feu le professeur Récamier.

TRAITEMENT. — Il est en général le même que celui des ophthalmies qui ont produit les abcès, du moins tant qu'ils ne sont point encore ulcérés. Arrêter l'inflammation à son début par une médication antiphlogistique énergique; combattre la photophobie par des frictions belladonnées, répétées autour de l'orbite plusieurs fois par jour; prescrire quelques révulsifs sur le canal intestinal, tels sont les moyens auxquels on doit songer d'abord; tel est aussi le traitement que nous avons toujours mis en pratique avec succès.

Une autre voie est encore ouverte au médecin dans le début d'abcès superficiels aigus; nous voulons parler de la méthode abortive ou ectrotique au moyen de l'azotate d'argent. Sans aucun doute, ce moyen peut rendre des services signalés, surtout si on l'emploie hardiment et dans les cas qui le réclament. Il faut pourtant ne pas oublier que les instillations d'une forte solution du caustique lunaire dans l'œil enflammé produisent, chez certains sujets nerveux, des douleurs véritablement intolérables et des ac-

cidents sérieux du côté de l'organe malade. Dans ces cas, il n'est pas rare que le moyen, bon en principe, ne devienne en réalité mauvais par suite de circonstances entièrement individuelles.

Que de fois ne voit-on pas des patients revenir avec une inflammation beaucoup plus forte qu'avant l'instillation du collyre, et se refuser absolument à y recourir de nouveau! Hâtons-nous donc de le redire, l'azotate d'argent n'est point, chez tous les individus indistinctement, un topique applicable au traitement de la même maladie; nous pourrions en citer de très nombreux exemples, et entre autres celui d'une jeune femme chez laquelle, indépendamment d'accidents nerveux assez graves, l'azotate d'argent, au bout de trois instillations, a produit un commencement de chémosis, bien qu'il n'existât d'abord qu'une simple kératite partielle datant de deux à trois jours, avec un petit épanchement large tout au plus de 2 millimètres. Le chémosis aurait cédé sans nul doute à des instillations régulières et longtemps continuées, ce qui ne put avoir lieu à cause de la vive douleur et des accidents nerveux que le médicament occasionnait; ce collyre était au 24°.

Ces deux méthodes, applicables seulement aux épanchements accompagnés d'un état aigu, doivent faire place à une médication révulsive dans le cas d'abcès à l'état chronique. Les saignées locales et générales ne sont plus nécessaires ici, du moins dans beaucoup de cas; les purgatifs, les préparations mercurielles à dose altérante, les vésicatoires volants derrière les oreilles et autour des orbites, forment alors la base du traitement. Quelques collyres ou quelques pommades excitantes peuvent être conseillés aussi.

En pratiquant autour de l'orbite des frictions mercurielles, soit pendant l'état aigu, soit pendant l'état chronique, pourra-t-on diminuer la plasticité du sang et empêcher ainsi l'organisation de la matière épanchée? C'est un point encore fort obscur, du moins à notre avis; il n'est, au reste, pas toujours sans danger d'employer l'onguent napolitain chez certains sujets, et en particulier chez les enfants lymphatiques. Nous en avons vu un assez grand nombre, à la suite d'un traitement long et dans lequel ce moyen figurait en première ligne, pâlir, devenir languissants, tomber dans un état cachectique, et ne se relever souvent qu'après bien du temps sous l'influence d'une médication tonique persévérante et bien dirigée.

Lorsque les épanchements, au lieu de s'arrêter et de disparaître,

acquièrent un volume de plus en plus grand, et proéminent soit dans la chambre antérieure, soit au dehors, convient-il, malgré le traitement employé, de les ouvrir avec la lancette? Pour notre compte, nous n'avons jamais vu ce moyen réussir ni à nos malades, ni à ceux d'autres praticiens. Dans un cas, nous avons ouvert la cornée chez une vieille femme atteinte d'un abcès profond, et le pus ne s'est point écoulé au dehors, parce que la densité de ce liquide était devenue trop grande. L'inflammation n'en a suivi une marche que plus rapide et plus fâcheuse, la plaie est restée béante, et la lamelle profonde a été détruite plus tard par une ulcération.

D. — Kératite ulcéreuse, ou ulcères de la cornée.

Les ulcères de la cornée, terminaison la plus ordinaire des abcès ou des phlyctènes de cette membrane, méritent d'être étudiés avec le plus grand soin. De même que les abcès, on les divise en *superficiels*, en *moyens* et en *profonds*; comme ces premiers, selon la cause qui les a produits, ils varient quant à la place qu'ils occupent, quant à leur forme et à leur disposition. Ainsi dans certaines ophthalmies ils sont très superficiels au début, et deviennent lentement de plus en plus profonds; dans d'autres, aussitôt qu'ils se montrent, ils ont presque envahi toutes les lamelles de la cornée; ils sont de forme régulière et d'étendue très bornée; là ils n'ont pas de forme bien arrêtée, et ils sont très grands.

Ulcères superficiels aigus. — Première espèce. — Très souvent de la grandeur d'un grain de millet, ils sont circulaires, complètement isolés, et plus larges d'ouverture que de fond. Ces ulcères occupent presque constamment le centre de la cornée; ils sont entourés conséquemment de parties saines en apparence; au fur et à mesure qu'ils marchent d'avant en arrière, ils deviennent infundibuliformes. Au fond de l'ulcération, on voit une lamelle transparente, saine, brillante et sans aucune sorte d'opacité. *Pendant tout le temps que cette lamelle demeure brillante, on remarque que le malade est atteint d'une violente photophobie, et que l'ulcération gagne en profondeur. Au contraire, lorsque le centre de l'ulcération se couvre d'un léger nuage blanchâtre, la difficulté de supporter le jour diminue, et les autres membranes*